

Hospitalisations non volontaires à Genève: la liberté sous contrainte?

Philippe Rey-Bellet^a, Anne Bardet Blochet^b, François Ferrero^c

^a médecin adjoint, Service de Psychiatrie adulte, Département de psychiatrie

^b sociologue, Service de Psychiatrie adulte, Département de psychiatrie

^c chef de service, Service de Psychiatrie adulte, Département de psychiatrie

Summary

Non-voluntary hospitalisations in Geneva: freedom under constraint?

Compulsory hospitalisation of psychiatric patients raises many questions from both a clinical and a legal point of view, and is mired in the complex relationship between society and psychiatry. The respect of patient rights has become even more important with the recent evolution of legal and clinical practice. The impact of Geneva's high rate of non-voluntary admissions in the context of its strict legal protection of patient rights will be discussed.

Introduction

L'hospitalisation non volontaire (HNV) reste une mesure extrême, qui ne devrait être utilisée qu'en dernier recours, lorsque toutes les autres options ont été envisagées. On n'insistera jamais assez sur l'impact que peut avoir une telle mesure sur des personnes dont les troubles influencent et modifient parfois profondément la capacité de jugement et le contrôle qu'elles exercent sur leur propre vie. Une hospitalisation sous contrainte peut représenter un traumatisme qui vient entraver la capacité d'une personne à accepter les soins qui lui sont proposés, ces derniers étant également perçus comme une contrainte.

Comme le rappelait Henry Ey [1], les pathologies psychiatriques sont des pathologies de la liberté du sujet, dès lors que les troubles présentés, qu'ils soient d'origine biologique, sociale ou psychique, le privent de sa capacité de penser et d'agir librement. Comment dès lors ne pas s'interroger sur des pratiques conduisant à priver, même temporairement, une personne de sa liberté, alors que l'enjeu thérapeutique vise précisément à aider la personne à retrouver sa liberté?

Depuis le début du siècle dernier, la psychiatrie genevoise a vécu de multiples évolutions, qui, pour l'essentiel, ressemblent à celles que l'on a pu observer dans d'autres pays. Le développement des soins ambulatoires, dès les années 1960, a entraîné de profonds changements dans les pratiques cliniques, donnant toujours plus de place à la parole et à un mode de relation centré sur le partenariat. Cette évolution a également touché l'hôpital psychiatrique en renforçant à la fois sa mission thérapeutique et la protection des droits des patients.

L'évolution des lois et des règlements a sans doute été bénéfique aux patients, dès lors qu'elle a favorisé une

meilleure attention portée à leur bien-être et à la protection contre d'éventuels abus. Cette évolution a toutefois conduit les médecins à se retrouver parfois dans une position délicate, en ne leur laissant qu'une marge de manœuvre bien étroite entre le devoir de porter assistance et le respect des libertés individuelles. La nécessité de mieux légiférer et de mieux réglementer les pratiques de soins psychiatriques confronte aujourd'hui les psychiatres comme l'ensemble des professionnels et de la société à des exigences contradictoires face à la question essentielle des liens entre pathologies mentales, liberté et contrôle social. Un patient sévèrement déprimé, envahi par le désir de mourir, une personne angoissée se sentant menacée par le monde extérieur, sont-ils en pleine possession des facultés qui leur permettent ordinairement de se déterminer? De telles situations peuvent nécessiter de recourir à une hospitalisation en milieu psychiatrique, la contrainte intervenant alors paradoxalement pour protéger la personne contre des mouvements destructeurs inhérents à sa psychopathologie.

Cet article se propose de retracer l'évolution de la situation des HNV à Genève au fil des modifications législatives et de mesurer l'impact éventuel de celles-ci sur les pratiques d'hospitalisation. Il vise aussi à engager une réflexion sur certains effets du cadre légal sur la prise de décision médicale au moment d'une hospitalisation. En d'autres termes, nous tenterons de déterminer:

- s'il y a un lien direct entre la législation en vigueur et le taux d'HNV à un moment donné,
- si d'autres facteurs contribuent aux variations de ce taux.

Evolution des soins à Genève

L'histoire de la psychiatrie genevoise s'inscrit dans une longue tradition marquée depuis plus de 50 ans par la place accordée aux courants psychothérapeutiques comme aux droits des patients. On pourrait distinguer schématiquement une première période allant de la constitution de l'asile au milieu du XIX^e siècle jusqu'au mouvement de désinstitutionalisation intervenu dès la fin des années 1960, et une seconde période allant de l'ouverture de l'asile au dévelop-

Correspondance:

Dr Philippe Rey-Bellet
HUG – Secteur Servette
89–91, rue de Lyon
CH-1203 Genève
philippe.rey-bellet@hcuge.ch

pement des structures ambulatoires caractéristique de la situation actuelle. Le passage de l'asile en tant que structure essentiellement administrative à l'hôpital psychiatrique s'est faite progressivement dès le siècle des Lumières jusqu'à la deuxième moitié du XIX^e siècle. A Genève, l'évolution n'a pas été particulièrement rapide dès lors que les patients psychiatriques étaient encore admis dans ce que l'on appelait «la Discipline» jusqu'en 1832. Pendant quelques années, un établissement distinct a été ouvert à Corsier (1832–1838) et un premier asile ouvert en 1838 aux Vernets. Ce n'est que le 9 novembre 1900 que s'est ouvert l'Asile de Bel-Air et la première consultation ambulatoire ouvrira en 1929. Un tournant majeur a pris forme au milieu du siècle dernier dans un contexte général poussant à la désinstitutionalisation, sous l'influence de différents courants de psychothérapie institutionnelle, et d'une critique des structures asilaires traditionnelles et d'une psychiatrie centrée sur les soins hospitaliers [2]. Julian de Ajuriaguerra, nommé directeur de Bel-Air en 1959, a été un pionnier du mouvement de désinstitutionalisation, affirmant sa volonté de sortir de l'asile et de modifier profondément le fonctionnement de l'hôpital psychiatrique. Bien que Bel-Air n'ait jamais été un asile d'une taille comparable à certains autres établissements en Europe, le nombre de lits diminuera régulièrement jusqu'à aujourd'hui alors que l'hôpital se transformait en lieu de soins (les «gardiens des fous» disparaissent au profit de soignants psychologues, infirmiers spécialisés, ergothérapeutes, sociothérapeutes, etc.). Les patients psychiatriques, soutenus par les revendications et les actions du mouvement associatif, commencent enfin à bénéficier du même statut, des mêmes droits que les patients non psychiatriques. Durant les deux décennies 1970 et 80, émaillées de réformes régulières, la volonté de favoriser le développement des prises en soins ambulatoires est affirmée, en mettant un accent sur les approches psychothérapeutiques. Depuis les années 1990, la psychiatrie a été confrontée au défi représenté par l'augmentation considérable de la demande de soins ambulatoires et hospitaliers, de façon comparable à ce que l'on a observé partout en Europe. Les avancées des connaissances, en particulier dans le domaine des neurosciences, ont permis de développer des approches plus spécifiques des différents troubles, ce qui a également rendu plus complexe la manière d'aborder les troubles psychiques. L'organisation actuelle des soins à Genève reflète bien cette complexité, intégrant un dispositif de soins généralistes sectorisés basé sur la proximité, valorisant l'insertion dans la communauté et la continuité tout en proposant des soins spécialisés intégrés au sein des secteurs pour certaines problématiques cliniques spécifiques.

Evolution de la législation à Genève

Accompagnant le changement de paradigme des soins, l'évolution législative au cours du XX^e siècle a permis aux patients d'être hospitalisés librement, tout en précisant de manière stricte les conditions et les modalités des HNV en exigeant la présence de trois critères simultanés: un trouble mental, un danger pour soi ou pour autrui et la nécessité de soins spécifiques hospitaliers. Par la suite, la loi a donné aux patients

les moyens de devenir plus responsables de leur traitement et de leurs soins, en leur offrant la possibilité de les contrôler par l'introduction d'un droit au refus de traitement, conditionné à une information permettant de se déterminer. Elle a également ouvert l'accès aux dossiers médicaux et supprimé les notions de notes personnelles.

Ces changements législatifs incluant une meilleure reconnaissance des droits des patients, s'inscrivent dans le mouvement général de critique de la psychiatrie asilaire des années 1960–70, relayé notamment par les associations de patients; à Genève, ils ont eu pour toile de fond des cas d'internement forcé qui ont défrayé la chronique en 1976 [3, 4]. Afin de préciser l'évolution des HNV dans le cadre légal, le tableau 1 retrace les principales modifications législatives touchant les établissements de soins ainsi que l'extension des droits des patients.

Etat des lieux à Genève

La proportion actuelle des entrées non volontaires à Genève est nettement supérieure à celle constatée dans les autres cantons ou dans les pays voisins, alors même que l'offre de soins psychiatriques ambulatoires est souvent supérieure. Les statistiques indiquent en effet une proportion habituelle d'environ 20% à 30% d'HNV, alors que Genève se situe aux alentours de 50%. Selon une étude récente de l'OBSAN [6], on observe trois types de profil dans les cantons suisses: le premier profil regroupant 10 cantons-sites (disposant d'une unité de traitement psychiatrique), se caractérise par des hospitalisations volontaires supérieures à 75%. Le deuxième profil, dans 6 cantons, est défini par une part élevée (min. 26%) de PLAF¹, ces cantons affichent par ailleurs un nombre très limité d'HNV, mais une part relativement élevée d'hospitalisations volontaires. Le troisième profil qui ne concerne que deux cantons, Genève et Neuchâtel, se distingue par l'importance prépondérante des HNV (46,7%) mais par contre par une proportion très faible d'internements à des fins d'assistance.

Les analyses révèlent que le canton-site est le facteur de risque le plus significatif dans le cas des admissions forcées et des HNV. Toutefois, aucun modèle ne fournit d'indices permettant d'expliquer cette situation. Les profils de risques sociodémographiques et psychosociaux, tenant compte des diagnostics, sont trop similaires [6], ce qui suggère que d'autres facteurs entrent en jeu.

Si le cadre législatif fédéral relatif à la privation de liberté à des fins d'assistance (art. 397, CC) et aux mesures thérapeutiques institutionnelles (art. 59, CP) s'applique à tous, les législations cantonales diffèrent cependant les unes des autres. A Genève, la surveillance des établissements psychiatriques ainsi que les droits des patients sont inscrits de longue date dans la loi cantonale. La notion d'admission libre a été introduite dans la loi de 1936 et ce type d'admission va croître progressivement jusqu'au début des années 1980. Comme le montre la figure 1, lors de l'entrée en vigueur de la loi de 1979 renforçant les droits des patients, les entrées

1 Cadre législatif fédéral s'appliquant à la privation de liberté à des fins d'assistance (art. 397a–c CC).

Tableau 1 Evolution de la législation genevoise concernant la psychiatrie: principales innovations.

Date	Intitulé	Innovations
1936	Loi sur le régime des personnes atteintes d'affection mentale	Soumet les établissements publics ou privés qui dispensent des soins ou des traitements psychiatriques à un régime de surveillance. Permet au patient d'être hospitalisé librement.
1979	Loi sur la surveillance des établissements psychiatriques (K 1 25)	Institue un Conseil de surveillance. Fixe les conditions d'admission volontaire et non volontaire (3 conditions réunies). Pose les jalons en matière de droits des patients: accès au dossier médical dont le contenu est défini, informations précises sur les droits, voies de recours simples, gratuites et rapides.
1987	Loi sur les rapports entre les membres des professions de la santé et les patients (K 1 80)	Droits généraux des patients, en particulier l'information qui doit leur être délivrée pour leur permettre de donner – ou refuser – leur consentement éclairé aux soins et aux traitements.
1988	Modification de la K 1 25 suite à l'initiative populaire «Pour les droits des malades»	A toute entrée volontaire doit correspondre une sortie volontaire (à moins que les conditions de l'admission non volontaire ne soient réunies).
2006	Loi sur la santé (K 1 03)	Enonce les principaux droits et devoirs du patient qui doit en recevoir une information écrite lors de son admission. Précise les modalités du consentement libre et éclairé aux soins, pour les personnes capables ou incapables de discernement. Fixe les modalités des mesures de contrainte qui, par principe, sont interdites (droit pénal et civil réservés).
2006	Loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients (K 3 03)	Institue la commission, son organisation et ses compétences. Organe de recours, la commission de surveillance veille au respect du droit des patients. Elle statue sur les décisions d'HNV et sur les refus de sortie.
2006	Loi concernant la privation de liberté à des fins d'assistance (K 1 24)	Règle l'application de l'article 397 du code civil suisse. Réaffirme les trois conditions de l'admission non volontaire et organise la demande d'admission. Prévoit le recours à la commission de surveillance en cas de contestation d'une mesure de contrainte telle l'HNV.

Sources: [3, 5]

ordinaires sont largement majoritaires (autour de 60%) et le resteront jusqu'à la loi de 1987 instaurant la possibilité de refuser soins et traitements. L'introduction de la possibilité par le patient de refuser un traitement une fois hospitalisé apparaît de manière concomitante à l'augmentation des HNV. A partir de cette date, les HNV vont augmenter jusqu'à atteindre 80% en 2004 mais tendent à diminuer dans les années récentes après l'adoption de la loi sur la santé de 2006.

Ces données suggèrent un lien entre les modifications législatives et les taux d'HNV. Ainsi, la crainte de voir un patient refuser un traitement jugé indispensable ou demander une sortie prématurée, avec les risques de rupture de traitement et de mise en danger inhérents, peut pousser le médecin à demander une HNV [7, 9]. Cependant, cela n'explique pas toute l'ampleur du phénomène et la conjonction de plusieurs facteurs participe probablement à la variation des taux d'HNV. Au niveau structurel, le nombre de lits hospitaliers a fortement décru à partir des années 1980 et le raccourcissement des séjours hospitaliers lié à cette diminution, entraîne dans un certain nombre de cas des réhospitalisations non volontaires dans les jours qui suivent. Au niveau sociétal, les injonctions politiques et législatives concernant la psychiatrie conduisent à des contradictions. Ainsi, les libertés fondamentales des patients, y compris le «droit à la folie», attestant les choix éthiques de la société et les valeurs d'autonomie qu'elle défend, doivent être conciliées avec les rôles assignés à la psychiatrie, à la fois de soins aux malades dans le respect de leurs droits et de protection de la société face à des comportements déviants. A Genève, peut-être

d'avantage qu'ailleurs, l'étroite surveillance dont font l'objet les établissements de soins et les pressions contradictoires qui pèsent sur les soignants amènent les psychiatres à se plier au climat sécuritaire ambiant et à prononcer des HNV qui, tout en ne dérogeant pas à la loi, les mettent à l'abri d'éventuelles procédures disciplinaires, voire judiciaires.

Efficacité des HNV et qualité des soins: données de la littérature

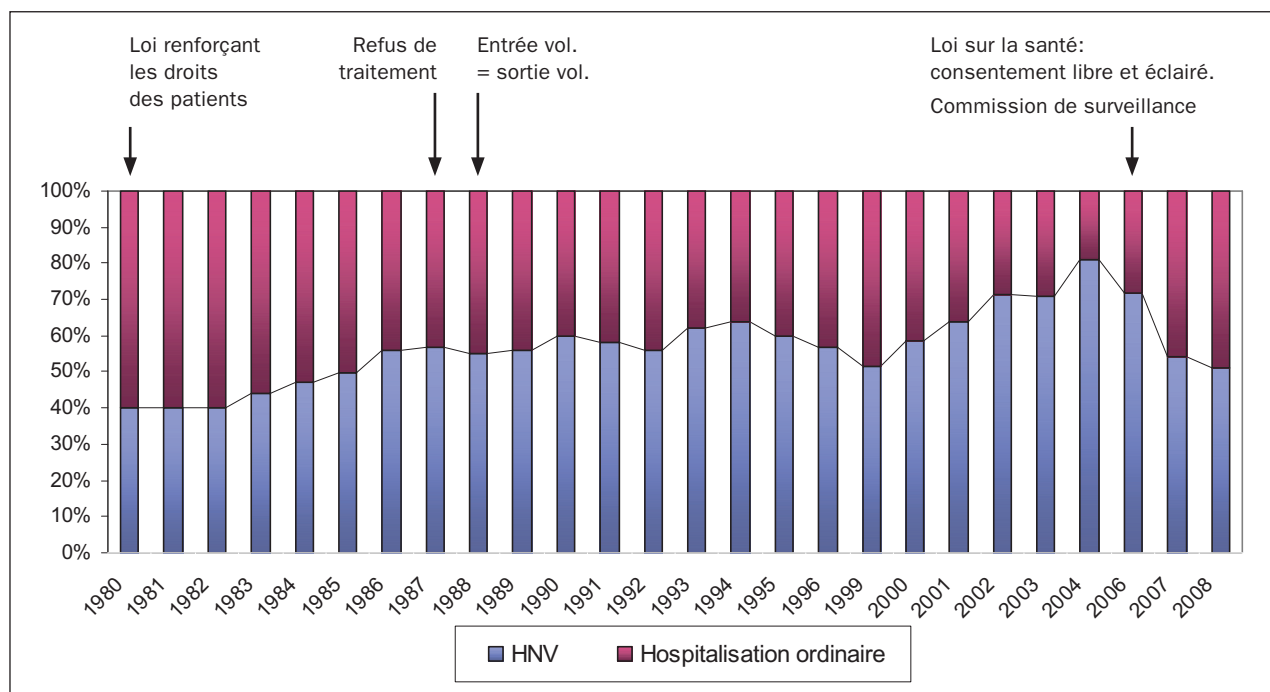
Parallèlement à l'impact d'une telle mesure de contrainte sur les patients, une des questions importantes est de savoir si les HNV améliorent la qualité et l'efficacité des soins. Les études de fond sur ce point sont fort peu nombreuses (nécessité de mesures longitudinales sur l'état de santé des patients, sur les taux de réhospitalisations, sur l'adhésion et la compliance aux traitements ambulatoires et médicamenteux). Dans ce champ, les difficultés méthodologiques et éthiques à conduire des études randomisées (RCT) font qu'elles sont rares et non généralisables. On dispose, par contre, de nombreuses études descriptives.

Au niveau international², les taux d'HNV varient considérablement d'un pays à l'autre. Au sein de l'UE, par exemple, on passe de 3,2% au Portugal à 30% en Suède [10]. Les critères légaux autorisant ce type d'admissions présen-

2 Les données internationales émanent des pays industrialisés d'Europe, d'Amérique du Nord ou d'Australie; les problèmes liés aux soins de santé mentale et aux droits des patients ne sont pas prédominants dans les pays émergents qui ont d'autres priorités.

Figure 1

Evolution des HNV à Genève 1980–2008 et principales modifications législatives concernant les droits des patients.



Sources [7, 8]; registre des entrées 2004–2008 de Belle-Idée

tent aussi une grande diversité, le seul critère commun à tous les pays étant la présence d'un trouble mental. Le danger pour soi ou pour les autres, bien que fréquent, n'est pas partout un prérequis légal; il en est de même pour la notion de nécessité d'un traitement hospitalier; l'un ou l'autre de ces deux critères peut être appliqué ou parfois les deux sont exigés comme à Genève. Dans plusieurs pays où l'implication d'un représentant légal du patient dans le processus juridique est obligatoire, les taux d'HNV sont significativement plus bas [10]. En tout état de cause, l'hypothèse selon laquelle la multiplication de critères légaux restrictifs tendrait à faire diminuer les HNV n'est pas vérifiée, ni à Genève qui présente un taux très élevé d'HNV, ni dans d'autres pays où elle a entraîné une augmentation des HNV [7]. Comme on l'a vu plus haut, le lien entre le cadre législatif et la prévalence des HNV est plutôt à chercher dans les interprétations de la loi, les pressions sécuritaires et les rôles dévolus aux juges (protection de la société) et aux psychiatres (devoir d'assistance).

A Genève comme ailleurs, les contraintes légales évoluent dans le temps et se trouvent limitées ou étendues selon les variations de l'opinion sur la définition de la normalité [11] et selon les attitudes de la société quant à la maîtrise des risques [12]. Dans une étude portant sur 6 pays européens, cet auteur affirme que la diminution drastique de lits psychiatriques a été partiellement ou largement compensée, selon les cas, par d'autres formes de soins institutionnalisés dont les lits médico-légaux et les prisons. Pour certains, la frontière est encore ténue entre psychiatrie et enfermement, malades et délinquants, hôpital et prison [13]. Le grand public admet assez majoritairement l'HNV, soit parce qu'il a confiance en la psychiatrie et accepte les conditions légales d'HNV, soit parce qu'il considère la psychiatrie comme privative de liberté. Ces attitudes reflètent toutefois davantage un

avis sur l'institution psychiatrique qu'un avis sur les mesures restrictives envers les malades mentaux [14]. Dans une autre étude suisse, les répondants (patients, proches et professionnels), placés devant un cas concret de mise en danger potentielle, approuvent un certain degré de contrainte – HNV, traitement médicamenteux forcé, mise sous tutelle, etc. – sans différence significative selon les répondants [15].

Pour les patients, une hospitalisation psychiatrique, quel qu'en soit le statut, est la plupart du temps vécue comme une épreuve et un moment de stress intense où le sentiment de contrainte est courant [16]. Si l'HNV peut contribuer à la perception de la contrainte par les patients, elle ne l'explique pas entièrement. D'une part, le sentiment de contrainte est partagé par une proportion non négligeable de patients admis volontairement, d'autre part, un certain nombre de patients non volontaires ne sont pas hostiles à leur hospitalisation [16, 9]. Le statut d'admission n'est donc pas suffisant pour mesurer la contrainte perçue et il doit être associé à d'autres types de mesures, telle que la contrainte objective: usage de la force, intervention de la police lors de l'admission, traitements forcés, mise en isolement, etc. [17, 18].

Parmi les professionnels de la santé mentale, les avis sont partagés. Pour certains, l'usage de la contrainte, en particulier l'HNV, permet de délivrer les traitements nécessaires aux patients ne donnant pas leur consentement à une hospitalisation. Pour d'autres, la contrainte ne fait qu'encourager la défiance des patients à l'égard des soignants et les inciterait plutôt à se soustraire aux soins [19].

Dans l'abondante littérature sur les HNV, les données suivantes peuvent être mises en évidence: 1) l'hospitalisation contrainte, comme d'autres mesures coercitives, constitue une source de préoccupation constante parmi les psychiatres. 2) la société, à travers les mouvements d'opinion, les prises de position politiques et l'établissement de

cadres légaux, attribue une fonction sociale à la psychiatrie et définit les rôles qu'elle entend lui faire jouer, entre soins et répression, entre devoir d'assistance et protection de la société. 3) la contrainte est parfois utilisée pour atteindre des objectifs thérapeutiques et de régulation des comportements sans le consentement du patient.

Discussion

Les cadres législatifs ne règlent pas la divergence fondamentale entre l'affirmation des droits du citoyen contre l'arbitraire et le droit de la société à contraindre des individus à se soigner. Cette divergence s'incarne dans les notions de consentement, de dangerosité, de nécessité de soins, dont l'interprétation pèse inévitablement sur une décision d'HNV.

La notion de consentement

Elle pose problème en cas d'incapacité de discernement dont l'évaluation elle-même prête à controverse (entre psychiatres et juristes). D'un point de vue juridique, le discernement est toujours présumé et celui qui invoque son absence doit en apporter la preuve [3]. D'un point de vue médical, il dépend des perturbations psychiques liées à la maladie à un moment donné [20]. Être capable de discernement implique la faculté d'apprécier une situation et de prendre des décisions en conséquence. La capacité de discernement doit être déterminée en fonction de la situation bien précise dans laquelle se trouve le patient et de la question qui se pose; elle doit être évaluée chaque fois qu'une décision doit être prise.

Tout comme l'impossibilité de consentir est la justification première de la contrainte [11], l'intervention thérapeutique auprès d'une personne hors d'état de donner son consentement est éthiquement nécessaire et légalement obligatoire [21]. Pour pouvoir se prononcer et donner ou non son consentement libre et éclairé, le patient doit avoir été bien informé par le professionnel de la santé. Celui-ci est tenu de lui fournir une information suffisante et adéquate. Or les situations cliniques et le caractère d'urgence dans lesquels une décision d'HNV est prise ne permettent pas toujours une évaluation soigneuse de la capacité de discernement, ne serait-ce que pour des questions temporelles. Il est à craindre que la capacité de discernement soit donc régulièrement jugée absente lors d'une HNV, bien que cette question ne soit pas formellement ou explicitement abordée dans le processus décisionnel.

Les notions de danger pour soi et pour autrui

Ces notions sont à différencier. En effet, le danger pour soi renvoie à la liberté individuelle et au devoir d'assistance; le danger pour autrui relève de l'ordre public et des missions de l'Etat à garantir la sécurité des citoyens. L'absence de distinction entre ces deux notions entraîne une confusion entre soins obligatoires et ordre public, entre santé et justice [21]. A noter que dans l'actuelle loi genevoise elles ne sont pas distinguées; selon Guillod (2001), il semble même que les deux justifications soient souvent avancées simultanément. Une étude allemande montre cependant que l'hospitalisa-

tion ordinaire est beaucoup plus souvent envisagée pour les patients dangereux pour eux-mêmes que pour les patients dangereux pour autrui qui sont presque toujours admis involontairement [22].

La nécessité de soins en milieu hospitalier

Cette condition doit être justifiée car il existe des alternatives au milieu hospitalier: soutien des proches, traitements ambulatoires, équipe mobile, aide sociale. Ces alternatives ne sont pas toujours possibles (épuisement de l'entourage, épuisement du patient, risque de décompensations encore plus graves, etc.) mais sont-elles toujours envisagées? Comme alternative moins coercitive, l'obligation de soins ambulatoires tend à augmenter dans certains pays. L'effet de tels soins sur la réduction des hospitalisations et des traitements ambulatoires ultérieurs ou sur l'adhésion au traitement semble toutefois très limité [23]. Des études américaines sur les traitements ambulatoires obligatoires ordonnés par un juge (OPC Involuntary outpatient commitment) présentent des résultats contradictoires quant à leur efficacité sur une réduction des hospitalisations, sur une meilleure adhésion au traitement et sur une réduction des comportements violents. D'autre part, ils ne semblent efficaces que lorsque que des soins intensifs sont prodigués et de ce fait ne constituent pas une alternative moins coûteuse [24]. Ainsi donc, même si la législation mentionne clairement la nécessité de soins spécifiques hospitaliers, il n'est guère possible d'ignorer l'idée toujours très présente depuis le milieu du siècle dernier du caractère potentiellement iatrogène d'une hospitalisation en milieu psychiatrique. Cette conception, issue d'une juste critique du milieu asilaire, devrait aussi être dépassée, car elle émane bien plus du contenu en termes de soins de ce qui se passe à l'hôpital psychiatrique que de l'hospitalisation en elle-même. Redéfinir par la positive, en terme d'indication à une intervention spécifique, les soins hospitaliers est sans doute nécessaire afin de sortir de l'opposition entre soins ambulatoire et hospitaliers en psychiatrie, en tenant compte de tout l'enseignement issu des courants de désinstitutionalisation et de ses limites constatées durant le dernier demi-siècle.

Comme cela a été esquissé plus haut, si le lien entre le cadre légal et l'ampleur des HNV semble indéniable, il ne réside pas tant dans une relation directe de cause à effet (une modification de la loi entraîne une hausse, ou une baisse, des HNV) mais il reflète plutôt la difficulté à se conformer à deux exigences légales apparemment inconciliables. L'une, sur un plan individuel, défend le libre-arbitre et l'autonomie du patient-citoyen (comprenant notamment la liberté de mouvement et celle de se soigner ou pas); l'autre, sur un plan collectif, garantit la protection des individus, parfois contre eux-mêmes, et contre des comportements déviants dont le caractère intolérable est construit socialement. La manière de penser et d'agir des soignants en fonction de ce paradoxe représente sans doute un facteur à même d'influer sur les décisions cliniques. L'exigence élevée attendue des psychiatres par la société genevoise, de même que le contrôle important des pratiques psychiatriques à Genève, comme en témoigne l'actuelle Commission de surveillance des activités médicales et des droits des patients³ (Conseil de surveillance

psychiatrique avant 2006), est également à même d'infléchir les décisions dans un sens sécuritaire, tant pour le patient, que pour la société et le psychiatre lui-même.

En dépit de préoccupations thérapeutiques lors d'une décision d'HNV, la mise à l'écart d'une personne souffrant de troubles psychiques n'est jamais totalement exempte d'une dimension de contrôle social et d'aspects sécuritaires, mais aussi de toutes les émotions suscitées chez les soignants par la proximité avec la souffrance psychique. Cela implique que nos pratiques de soins se doivent d'être interrogées en permanence, en particulier dans tout ce que nous impose la clinique quotidienne et ce qu'elle peut nous faire agir. Ce questionnement devrait nous aider, «[à] resituer ces décisions dans le cadre d'une éthique générale des soins plutôt que de les figer dans des dispositions légales, évoquant alors une sorte de «garde à vue» médicale» [25].

Conclusion

A Genève, comme ailleurs, la législation met sous conditions et limite les différentes formes de contrainte dans les établissements de soins, notamment l'HNV. Cependant, le cadre imposé par les lois et les procédures ne règle pas les contradictions en jeu entre droits et liberté du patient, devoir d'assistance et protection de la société, des personnes et de l'ordre public. Ces contradictions influencent la décision médicale au moment de l'hospitalisation et, en dépit d'une large extension des droits des patients, les taux d'HNV dans le canton restent particulièrement élevés.

Au-delà des injonctions légales, une réflexion de fond est à mener par les psychiatres sur les enjeux thérapeutiques d'une HNV et, lorsqu'elle s'avère nécessaire, sur les moyens de favoriser l'obtention d'un consentement et d'une participation active du patient à son traitement.

- 3 Cette commission est chargée de veiller au respect des prescriptions légales régissant les professions de la santé et les institutions de santé visées et à la protection des personnes atteintes de troubles psychiques et de déficience mentale, conformément à la loi sur la santé et à la loi sur la privation de liberté à des fins d'assistance, du 7 avril 2006.

Références

- 1 Ey H. La conscience, 2^{ème} éd. revue et augmentée (1^{ère} éd. 1963), Paris, Presses Universitaires de France.
- 2 Brulhart A. Du mal de Saint-Antoine à Belle-Idée. 2 siècles de psychiatrie à Genève 1800–2000. Tome 1: 1800–1950. Genève, Georg et Hôpitaux universitaires de Genève.
- 3 Guillod O, Hänni C. Les droits des personnes en psychiatrie. Genève, Les Cahiers de l'action sociale et de la santé, N° 15, octobre 2001.
- 4 Heimberg, C. La contestation de l'institution psychiatrique et sa dimension politique: Bel-Air dans l'œil du cyclone (1977–1983). Pro Mente Sana, Lettre trimestrielle N° 31, mars 2006.
- 5 Recueil systématique de la législation genevoise: <http://www.geneve.ch/legislation/>
- 6 Christen L, Christen S. Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken der Schweiz. Analyse der Psychiatrie-Zusatzdaten 2000–2002. Arbeitsdokument 13, Neuchâtel, OBSAN, 2005.
- 7 Busino-Salzmann B. Admissions non volontaires à Genève. Comparaison nationale et internationale. Thèse n° 9850, Faculté de médecine, Université de Genève, 1997.
- 8 Dorsaz O. Les Centres de Thérapies Brèves dans la psychiatrie genevoise: perspective historique et point de vue actuel des patients. Thèse n° 10 464, Faculté de médecine, Université de Genève, 2006.
- 9 Kjellin L, Høyer G, Engberg M, et al. Differences in perceived coercion at admission to psychiatric hospitals in the Nordic countries. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2006;41:241–7.
- 10 Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. British Journal of Psychiatry. 2004; 184:163–8.
- 11 Barthélémy C. Ethique de la contrainte en psychiatrie. L'Information psychiatrique, Septembre 2003, Vol. 79, N° 7, 577–82.
- 12 Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzales F, et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. BMJ. 2005;330:123–6.
- 13 Massé G. L'hospitalisation sous contrainte. Sève, 2007/4, N° 17, 65–77.
- 14 Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W. Public attitude to compulsory admission of mentally ill people. Acta Psychiatr Scand. 2002;105:385–9.
- 15 Borgeat F, Zullino D. Attitudes concerning involuntary treatment of mania: results of a survey within self-help organizations. European Psychiatry. 2004;19:155–8.
- 16 Bonsack C, Borgeat F. Perceived coercion and need for hospitalization related to psychiatric admission. International Journal of Law and Psychiatry. 2005;28:342–7.
- 17 Iversen KI, Høyer G, Sexton HC. Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards. International Journal of Law and Psychiatry. 2007;30: 504–11.
- 18 Bindman J, Reid Y, Szukler G, et al. Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow-up. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005;40:160–6.
- 19 Gardner W, Hoge SK, Bennett N, et al. Two scales for measuring patients' perceptions for coercion during mental hospital admission. Behavioral Sciences and the Law. 2003;11:307–21.
- 20 Ferrero F. Les droits des patients en psychiatrie: le point de vue du psychiatre. Neuchâtel, Cahier IDS 1997, N° 5: 3–13.
- 21 Piel E, Roelandt JL. De la psychiatrie vers la santé mentale. Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001.
- 22 Spengler, A. 1986. Factors influencing assignment of patients to compulsory admission. Soc Psychiatry. 21(3), 113–22.
- 23 Kisely S, Campbell LA, Scott A, Preston NJ, Xiao J. Randomized and non-randomized evidence for the effect of compulsory community and involuntary out-patient treatment on health service use: systematic review and meta-analysis. Psychological Medicine. 2007;37(01):3–14.
- 24 Swartz MS, Swanson JW. Involuntary outpatient commitment, community treatment orders, and assisted outpatient treatment: What's in the data? Can J Psychiatry. 2004;49(9): 585–91.
- 25 Walter M. Urgences psychiatriques et consentement à l'hospitalisation. Psychiatrie Fr. 1993;24(2):14–22.